

Fad E Book

Nuovo concetto di salute e strategie di accompagnamento del paziente affetto da patologia cronica: la BPCO come caso paradigmatico di una nuova modalità assistenziale

Data inizio 15/03/2018 al 30/12/2018.

Ore formative: 6

Crediti ecm: 6

Provider 247 Metis srl

Piazza Guglielmo Marconi 25 00144 Roma

Piattaforma Fad www.fadmetis.it - Metis srl, Piazza Guglielmo Marconi 25 00144 Roma

La segreteria organizzativa coincide con il provider.

Destinatari dell'iniziativa: 10.000 utenti

Professione: Medico Chirurgo

Discipline Allergologia Ed Immunologia Clinica; Angiologia; Cardiologia; Dermatologia E Venereologia; Ematologia; Endocrinologia; Gastroenterologia; Genetica Medica; Geriatria; Malattie Metaboliche E Diabetologia; Malattie Dell'apparato Respiratorio; Malattie Infettive; Medicina E Chirurgia Di Accettazione E Di Urgenza; Medicina Fisica E Riabilitazione; Medicina Interna; Medicina Termale; Medicina Aeronautica E Spaziale; Medicina Dello Sport; Nefrologia; Neonatologia; Neurologia; Neuropsichiatria Infantile; Oncologia; Pediatria; Psichiatria; Radioterapia; Reumatologia; Cardiocirurgia; Chirurgia Generale; Chirurgia Maxillo-Facciale; Chirurgia Pediatrica; Chirurgia Plastica E Ricostruttiva; Chirurgia Toracica; Chirurgia Vascolare; Ginecologia E Ostetricia; Neurochirurgia; Oftalmologia; Ortopedia E Traumatologia; Otorinolaringoiatria; Urologia; Anatomia Patologica; Anestesia E Rianimazione; Biochimica Clinica; Farmacologia E Tossicologia Clinica; Laboratorio Di Genetica Medica; Medicina TrASFusionale; Medicina Legale; Medicina Nucleare; Microbiologia E Virologia; Neurofisiopatologia; Neuroradiologia; Patologia Clinica (Laboratorio Di Analisi Chimico-Cliniche E Microbiologia); Radiodiagnostica; Igiene, Epidemiologia E Sanità Pubblica; Igiene Degli Alimenti E Della Nutrizione; Medicina Del Lavoro E Sicurezza Degli Ambienti Di Lavoro; Medicina Generale (Medici Di Famiglia); Continuità Assistenziale; Scienza Dell'alimentazione E Dietetica; Direzione Medica Di Presidio Ospedaliero; Organizzazione Dei Servizi Sanitari Di Base; Audiologia E Foniatria; Psicoterapia; Cure Palliative; Epidemiologia; Medicina Di Comunità; Pediatria (Pediatri Di Libera Scelta);

Razionale

Il concetto classico di salute risale al 1948. Successivamente è stato rivisto nel 1986 in termini più promozionali con la carta di Ottawa¹. Pur avendo innumerevoli meriti storici, culturali e di sviluppo di nuovi sistemi di welfare, non sembra più resistere al mutamento di contesto epidemiologico e sociale e a garantire una adeguata gestione dei nuovi modelli di malattia, sempre più caratterizzate dalla cronicità e fragilità determinati dal progressivo invecchiamento della popolazione, unito alla riduzione delle risorse disponibili.

¹ Carta di Ottawa (1986):

Questo concetto di salute che delinea una prospettiva oramai datata, non sembra più essere in grado di intercettare adeguatamente le nuove sfide e le soluzioni per esse adottate, che appaiono sempre più insufficienti quando non prive di efficacia.

La definizione classica di salute così come indicata dall'OMS già nel 1948, recita come uno *“stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia”*².

Questa visione, non dimentichiamolo, presenta numerosi meriti. Primo tra tutti quello di aver rovesciato una prospettiva esclusivamente organicistica, che definiva la salute come assenza di malattia, introducendo un concetto uno positivo di *“benessere fisico-psichico-sociale”*. Questa prospettiva ha avuto indubbiamente il merito di favorire una migliore organizzazione e erogazione di servizi ai cittadini per gli stati che lo avevano adottato come riferimento per la organizzazione delle loro politiche sanitarie, introducendo criteri di universalità e equità. Ha generato però a fronte di indubitabili positività alcuni elementi critici che ne hanno nel tempo come esaurito la sua forza propulsivo e progettuale.

Il primo è quello di aver involontariamente favorito una eccessiva medicalizzazione della società che nasce proprio da quell'attributo *“completo”* che viene associato allo stato di benessere (*...completo benessere fisico e mentale e sociale...*). Tutto questo indubbiamente ha generato una spinta positiva per molti soggetti e organizzazioni che attraverso la tecnologia, la ricerca, la organizzazione, hanno contribuito a rafforzare i sistemi di cura, ma la ricerca della salute *“perfetta e completa”* ha generato un paradosso che si è tradotto in una sorta di diritto assoluto che ha sviluppato un utilizzo incrementale di risposte e prestazioni sanitarie, che in taluni casi a ben vedere hanno una quasi irrilevante utilità marginale e bassa appropriatezza.

Il secondo elemento critico è il contesto demografico e dei nuovi modelli di malattia notevolmente cambiati e il fatto che la maggior parte di quegli indicatori di salute compresi, direttamente o indirettamente, nella definizione dell'OMS (nutrizione, igiene, servizi, interventi assistenziali) hanno raggiunto soprattutto in molti dei paesi occidentali un buon livello, tale comunque da contribuire in maniera rilevante all'allungamento della vita media. La cronicità spesso aveva una durata limitata e sostanzialmente le malattie acute rappresentavano la minaccia più rilevante per la vita degli individui. Oggi invecchiare con una malattia cronica è diventato quasi la norma e le malattie croniche rappresentano un peso sempre più rilevante nei sistemi di cura nazionali, mettendo sotto pressione il bilancio di interi Stati. In questo caso la definizione dell'OMS diventa controproducente e l'idea di una *“salute completa e totale”* crea un ampio settore di soggetti destinati alla malattia, riducendo le opportunità di fronteggiare positivamente gli stati di malattia e la capacità del singolo di *“tenere testa”* alle proprie condizioni generali.

Infine il terzo ambito problematico è quello della concretizzazione della definizione classica di salute e della sua operatività. Questa concezione benché abbia fornito un potente impulso alla costruzione di sistemi di cura improntati alla universalità, equità e maggiore giustizia, non è riuscita a facilitare del tutto la costruzione di modelli adeguatamente partecipativi e soprattutto di auto-responsabilizzazione. Nonostante la svolta *“promozionale”* sviluppata a partire dagli anni 80 con la carta di Ottawa che prevedeva una maggiore attenzione alle dinamiche comportamentali e la facilitazione alla adesione a stili di vita salutari, evitando comportamenti a rischio e indicando l'obiettivo di una *“giusta alimentazione”*, di una *“giusta attività fisica”*, di una corretta attività sessuale, ecc. si è osservato nel tempo una sorta di fenomeno di trascinarsi verso contenuti e suggerimenti con scarso valore scientifico e senza adeguate e consolidate prove di evidenza, talora ispirate alla creazioni di un mercato della salute.

Dunque ai molti meriti della classica definizione di salute dell'OMS, nel tempo si sono evidenziati i limiti di questa visione. In particolare viene evidenziato il suo approccio statico, portatore di un idealismo un po' utopico, generato da un periodo in cui la speranza e la voglia progettuale di costruire un mondo nuovo,

² Definizione di salute OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità

rappresentavano la risposta ad anni di sofferenze, dolori e devastazioni determinati dal secondo conflitto mondiale.

Da questa concezione l' hanno resa irraggiungibile, si è di contro venuta a consolidare nel tempo una esigenza e una consapevolezza di evoluzione determinata dal nuovo contesto socio-culturale ed epidemiologico-demografico e anche dal mutare della coscienza e degli interessi dei cittadini e del ruolo che da questi ne deriva. Una evoluzione orientata più alla capacità di vedere la salute come un progressivo adattamento e capacità di raggiungere equilibri. Quindi più attenzione ad un approccio funzionale-operativo che focalizzi l'attenzione sulla "capacità di adattarsi e autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche, emotive" (Huber e Report 2010). E' il concetto della resilienza che, prendendo esempio dalla fisica dei metalli, misura la capacità di un metallo di riacquistare la sua originale conformazione a seguito di uno stress, applica questo concetto alla salute. E' un concetto che oggi può aiutarci a definire più compiutamente quello che intendiamo per salute. Esso rappresenta un processo di riadattamento pro-attivo, di fronte alle avversità, ai traumi, alle tragedie, agli stress, che consente di "risalire" ovvero di riprendere uno sviluppo possibile nonostante un evento traumatico e/o la presenza di condizioni avverse. Non è una resistenza alle avversità e ai traumi della vita, che logorerebbe e creerebbe patologie ancora più devastanti. È ripristinare uno stato di equilibrio che consenta ancora la costruzione del sé, ovvero la prosecuzione di una dinamica costruttiva, di un equilibrio vitale, non centrato sulla difesa o la separazione, ma operante verso una "integrazione relazionale, ambientale, sociale ed ecologica"

Dunque con questa nuova concettualizzazione del tema della salute si vuole sottolineare un aspetto più dinamico e centrata sulla capacità degli individui di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità, il proprio equilibrio e senso di benessere.

Questa nuova prospettiva mette le persone nella condizione di "sviluppare strategie di successo per fronteggiare (coping) le compromissioni del proprio funzionamento correlate all'età," per mantenere una buona la qualità della vita.

Il cambiamento del concetto di salute, strettamente connesso con le grandi trasformazioni che si stanno realizzando in questo periodo e che riguardano settori cruciali per lo sviluppo e la sostenibilità dei sistemi di welfare e assistenziali, determinano una esigenza di profonda trasformazione dei modelli assistenziali in particolare della Medicina Generale e le cure primaria. I mutamenti in ambito epidemiologico, demografico e tecnologico, definiscono nuove opportunità e scenari innovativi ma necessariamente anche il superamenti di altri. Non solo gli assetti assistenziali si modificano orientandosi a nuovi equilibri e modelli, ma anche quelli organizzativo-gestionali che attraverso lo sviluppo di competenze innovative sappiano garantire una maggiore aderenza ai bisogni professionali e della popolazione. La Medicina Generale è fortemente coinvolta in questo radicale processo di trasformazione.

Lo sviluppo di nuove capacità professionali o il rafforzamento di quelle già possedute devono avere lo scopo di migliorare la peculiare professionalità del MMG, in particolare saper rilanciare la centralità del processo di cura come percorso di accompagnamento al fine di consentire alle persone, non solo quelle affette da patologie croniche, di raggiungere o mantenere i più alti livelli di salute possibile.

Per raggiungere questi obiettivi il singolo medico di medicina generale dovrà modificare il proprio modo di lavorare organizzandosi in un lavoro di squadra allo scopo di garantire ai cittadini-utenti coordinamento e continuità delle cure. All'interno del team della medicina generale, singoli colleghi dovranno sviluppare specifiche competenze, con la figura del cd Medico Esperto, da mettere a disposizione del team a favore dei cittadini-utenti, anche sviluppando la propria capacità di utilizzo di tecnologie che per rispondono ai criteri dell' approccio primario e che quindi dovranno essere caratterizzate da: basso costo, facile esecuzione, semplice replicazione, e non invasività, utili ad identificare e monitorare nel tempo i principali quadri delle patologie e ad identificare le necessità di eventuali ulteriori approfondimenti specialistici di secondo livello.

Il nuovo contesto organizzativo verso cui la medicina generale si sta orientando per realizzare questo percorso di accompagnamento è caratterizzato da una impostazione più decisamente aggregativa, con fattori

produttivi forniti al MMG e da lui gestiti e richiede lo sviluppo e la costruzione di nuove competenze professionali dei/del MMG. Infatti questo passaggio epocale che dalla tradizionale impostazione di professionista singolo si rivolge di più alle forme associative/aggregative e in alcuni casi anche in forme complesse di integrazione con i medici specialisti, richiede di attivare una sorta di empowerment/sviluppo che rafforzi, ma nello stesso tempo implementi, quegli elementi professionali caratteristici e fondanti della medicina generale, che ne fanno una disciplina caratterizzata da specifiche modalità organizzative e gestionali. A partire dalla modalità definita a “ciclo di fiducia” che rappresenta la forza e la ricchezza dello specifico capitale professionale del MMG, fino a comprendere la cura centrata sulla persona e la caratteristica dell’approccio problem solving e globale, si definiscono nella maniera più completa le peculiarità della presa in carico del paziente e della continuità della cura, definite dal ruolo e dalla funzione del MMG. A partire da questa ottica di riorganizzazione aggregativa e di squadra del setting tradizionale della MG, è possibile ridefinire questo patrimonio di competenze e conoscenze professionali, declinandole in una logica di maggiore connessione tra professionisti e con il sistema delle cure, innovandone le modalità operative nella logica di nuovi modelli assistenziali territoriali.

Questo approccio inoltre apre uno scenario assolutamente innovativo nel contesto organizzativo e professionale della MG. Infatti appropriatezza e aderenza se adeguatamente declinate nella relazione di cura con il paziente, sono in grado di liberare risorse per una più efficace assistenza. La capacità di declinare questi aspetti della cura e assistenza, dipende dalle competenze acquisite dal medico e dalla capacità della sua struttura e dei suoi collaboratori di saper adeguatamente rafforzare le sue indicazioni.

I contenuti di questo e-book vogliono svilupparsi lungo queste direttive principali e definire un percorso innovativo per la medicina generale che sia di accompagnamento della persona affetta dalla cronicità per sviluppare sempre più alti livelli di “salute possibile” con l’utilizzo degli strumenti che gli sono propri, attraverso lo sviluppo di una prospettiva di migliore organizzazione e gestione della assistenza soprattutto grazie all’utilizzo di una medicina pro-attiva e dotata di fattori produttivi (Personale di studio, tecnologia di primo livello, spirometro, ecc.) .

La BPCO è stata individuata come un esempio tipico delle cronicità per alcuni aspetti caratteristici che la contraddistinguono e per definire le tappe di questo percorso di accompagnamento soprattutto all’indomani della conclusione del **Progetto In-Spir@**. Questo progetto, unico nel suo genere in Italia, anche per l’entità del campione coinvolto, ha messo in evidenza come la capacità di organizzazione della medicina generale sia in grado di intercettare con anticipo i nuovi casi di malattia, si trova nelle migliori condizione per realizzare più efficacemente gli screening, può facilmente eseguire spirometrie semplici, ma soprattutto è in grado di gestire la BPCO mantenendo per un periodo di tempo maggiore, l’evoluzione della malattia ai livelli più bassi A e B della scala GOLD, favorendo appropriatezza e migliorando l’aderenza.

E-book BPCO

Indice degli argomenti

Parte Prima

Il nuovo scenario in cui opera la Medicina Generale

- a) Formazione in medicina generale nei nuovi scenari di salute
- b) Nuovo concetto di salute e empowerment del paziente
- c) Un processo di formazione: obiettivi e metodologie (presentazione Progetto In-Spir@ e Medico Esperto)

A cura di Massimo Magi – Giovanna Vicarelli – 90 minuti

Parte seconda

Le evidenze della BPCO nello studio del MMG (i risultati del percorso formativo/le evidenze che emergono dal lavoro di In-Spir@)

- Dimensione del problema BPCO: Prevalenza BPCO negli studi dei MMG
- La spirometria nel setting della Medicina Generale
- Nuove diagnosi
- Screening
- Questionari COPD
- Follow-Up
- Stratificazione di gravità: le differenze tra i modelli professionali associativi e singoli

A cura di Massimo Magi– 60 minuti

Parte Terza

- a) La gestione Pro-attiva della BPCO nel setting della MG
 - Diagnosi precoce e prevenzione secondaria della BPCO
 - Importanza di strategie di case finding e medicina di iniziativa nel setting della medicina generale
 - Screening e identificazione della popolazione a rischio (carte del rischio, questionari per la valutazione dei sintomi)
 - Quando le indagini strumentali di secondo livello
- b) Valutazione complessiva del paziente con BPCO (3-4 cartelle)
 - Gravità dell'ostruzione bronchiale, Sintomi e Riacutizzazioni
 - Resistenza all'esercizio fisico
 - Comorbidità
 - Saturimetria
 - Stato nutrizionale e BMI

- Esami strumentali e/o di laboratorio utili per la scelta della terapia ed il monitoraggio del paziente
- c) Il follow-up del paziente con BPCO (3-4 carelle)

A cura di Massimo Magi – Claudio Micheletto – 90 minuti

Parte IV

Terapia farmacologica e non farmacologica nel setting della medicina generale: appropriatezza ed aderenza

A cura di Claudio Micheletto – 90 minuti

CONCLUSIONI e PROSPETTIVE

A cura di Massimo Magi – Giovanna Vicarelli – 30 minuti

QUALIFICHE PROFESSIONALI E SCIENTIFICHE DEI DOCENTI (AUTORI??)

Dr/Prof	LAUREA	SPECIALIZZAZIONE	AFFILIAZIONE
Massimo Magi	Medicina E Chirurgia	Clinica neurologica	Seg Reg. Fimmg Marche Presidente Fondazione NUSA MMG ASUR Marche AA.VV. 2 Ancona
Giovanna Vicarelli	Sociologia		Ordinario Sociologia Facoltà Economia UNIVPM Marche
Dott Claudio Micheletto	Medicina e Chirurgia	Pneumologia	Dirigente medico pneumologo, Ospedale di Bussolengo (VR)